

# REABILITAÇÃO ORAL APÓS O USO DE PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO CLÍNICO

## ORAL REHABILITATION AFTER THE USE OF IMMEDIATE DENTURE PROSTHESIS: A CASE REPORT

Ana Paula **OZELAME**<sup>1</sup>  
Fernanda **SECO**<sup>2</sup>  
Fernanda Valentini **MIOSO**<sup>3</sup>

### RESUMO

A reabilitação oral (RO) de pacientes edêntulos através de Prótese Total Convencional (PTC) após o uso da Prótese Total Imediata (PTI) resulta em uma melhora fisiológica, funcional e psicológica. Assim, este relato de caso clínico tem por objetivo descrever o passo a passo do planejamento reabilitador de um paciente do gênero masculino, 77 anos, o qual foi reabilitado através de PTC superior e inferior após 6 meses do uso da PTI superior e PTC provisória inferior no período de remodelação e reabsorção óssea. Este modelo de planejamento reabilitador permitiu uma adaptação funcional e psicológica do paciente previamente ao reestabelecimento definitivo com PTC, reestabelecendo a função, fonética e a estética.

**UNITERMOS:** Prótese Total; Prótese Total Imediata; Remodelação Óssea.

### INTRODUÇÃO

Reabilitação oral (RO) da maxila edêntula através de Prótese Total Convencional (PTC) é um desafio, particularmente quando a Prótese Total Imediata (PTI) foi solicitada<sup>1</sup>. No entanto, tornar suave a transição do estado parcialmente dentado para edentado, resulta em uma melhora fisiológica e psicológica devido a manutenção dos padrões neuromusculares normais, aparência estética, altura facial, fonética, função e redução da dor pós-extração<sup>2,3,4</sup>.

Diversos procedimentos clínicos e laboratoriais são necessários durante a RO de pacientes desdentados totais através da PTC<sup>5</sup>. No entanto, quando há a necessidade de intervenções cirúrgicas para criar estruturas de suporte adequadas, existe um tempo necessário de espera para a completa cicatrização, reparação e remodelação óssea no contorno do processo alveolar<sup>6,7</sup>. Neste sentido, a reabilitação provisória através de PTI melhora a condição de vida do paciente e auxilia na manutenção da dimensão da vertical de oclusão (DVO), uma vez que os tecidos ósseos bucais quando não estimulados tendem a maior perda óssea<sup>8,9</sup>.

Assim, o sucesso da RO de pacientes edêntulos através da PTC está diretamente relacionado com a estabilidade e retenção da mesma e requer uma adaptação funcional e psicológica do paciente<sup>7</sup>. Portanto, a instalação em um período subsequente das PTI permite acompanhar a tolerância biológica individual e favorece uma aceitação maior do paciente a uma nova condição bucal<sup>6</sup>. Vale ressaltar

que as PTC são comumente aceitas, pois proporcionam uma aparência estética agradável, mantêm a fonética, além de fornecer o suporte oclusal e meios adequados para a mastigação dos alimentos<sup>9</sup>.

Dessa forma, o planejamento reabilitador em paciente edêntulo é um método de grande importância no restabelecimento da função maxilomandibular<sup>9,10</sup>. Para isso, deve ser feito um minucioso diagnóstico e planejamento, seguindo um protocolo do tratamento que seja eficaz, confiável e previsível. Assim, esse relato de caso clínico tem por objetivo apresentar o passo a passo do planejamento reabilitador de um paciente após 6 meses de uso da PTI, o qual foi reabilitado através de PTC, além de mostrar os resultados obtidos com essa modalidade de tratamento<sup>11</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente S.C.L., gênero masculino, 77 anos, procurou o Departamento de Prótese Total II do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG - Caxias do Sul, Rio Grande do Sul) para confeccionar PTC no arco superior e inferior após ter aguardado a cicatrização recomendada de 6 meses com o uso de um PTI superior e uma PTC provisória inferior. No ponto de vista estético e funcional as próteses provisórias estavam aceitáveis. No entanto, como foram confeccionadas como uma prótese provisória, com dentes simples, e houve um processo de remodelação óssea, a queixa principal do paciente era a perda da estabilidade e retenção

1 - Graduanda em odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG

2 - Graduanda em odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG

3 - Doutora da disciplina de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG.

além do interesse por dentes mais claros e mais estéticos (Figura 1).



Figura 1. Vista intra-oral, condição inicial do paciente.

A Carta de Anuência e o relato de caso clínico foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento para o uso de Imagens relacionadas à Pesquisa Científica foram assinados pelo paciente.

O paciente não apresentava nenhum comprometimento sistêmico e não fazia uso de nenhuma medicação de uso contínuo que pudesse comprometer o andamento do tratamento. Ao exame clínico observou-se a saúde tecidos moles e os limites da área chapeável, grau de higiene da língua e das próteses provisórias. Radiograficamente, através de um exame de RX panorâmico foi avaliada a remodelação óssea após um período de 6 meses de uso da PTI superior e a PTC inferior provisória, notou-se a presença de reabsorção óssea, quando comparado com a radiografia panorâmica inicial (Figura 2).

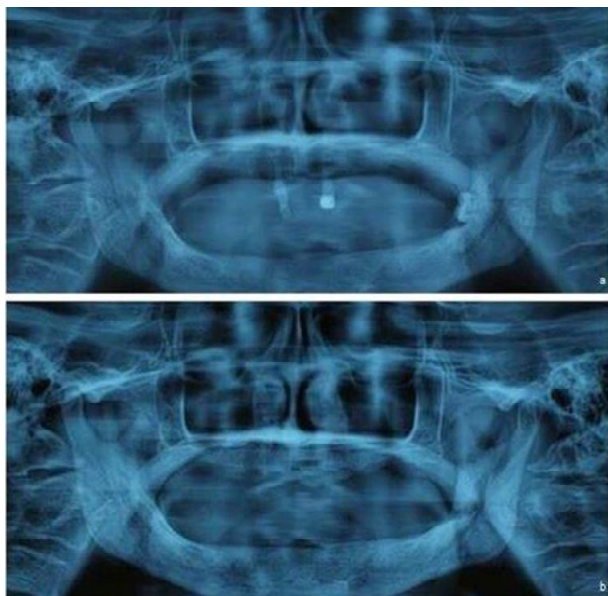


Figura 2. Radiografia panorâmica: (a) Inicial; (b) Após um período de 6 meses de uso da PTI superior e a PTC inferior provisória.

Diante do quadro clínico, foram oferecidas ao paciente, diferentes opções de tratamento indicada para pacientes edêntulos: PTC dupla ou implantes osseointegrados para próteses do tipo overdentures ou protocolo<sup>4</sup>. Analisou-se junto ao paciente estas opções, passando as vantagens e desvantagens de cada modalidade de tratamento. Desta forma, o paciente optou pela PTC superior e inferior devido ao procedimento ser menos invasivo e oneroso. Considerando que a etapa anterior já concluída, a PTI superior e PT provisória inferior suprimiram a queixa estética, fonética e funcional, além de proporcionar uma reabsorção lenta e ordenada, com adaptação gradual que levou o paciente a aceitar essa nova condição e optar por uma reabilitação semelhante.

Para confecção da PTC realizou-se a moldagem preliminar da arcada superior e inferior com alginato (Ava Gel, Dentsply®), utilizando moldeiras pré-fabricadas perfuradas para edêntulo (Tecnodont®) e individualizadas conforme a área chapeável<sup>6,10,12</sup>. O modelo de estudo superior e inferior foi confeccionado em gesso pedra tipo III (Asfer®).

As moldeiras individuais superior e inferior foram confeccionadas em resina acrílica quimicamente ativada (Jet, Brasil®)<sup>6</sup>, através do modelo de estudo, contendo alívios em cera 7 (Tchnew®) nas áreas retentivas e prosseguindo do isolamento dos modelos com Cel-Lac (SS White®). Na moldeira maxilar demarcou-se a linha entre palato duro e mole, e na moldeira mandibular, a papila piriforme. Deixando na moldeira individual a distância de 2 a 3mm do fundo de sulco, e ajustada na região de freios e bridas<sup>10,13</sup>.

O selado periférico foi moldado com godiva de baixa fusão (DFL®), como preconizado na literatura<sup>14</sup>. Testes de retenção, estabilidade vertical e horizontal foram realizados para certificar o grau de vedamento periférico<sup>15</sup>. Na moldagem funcional, realizada com Poliéter (Impregum, 3M ESPE®), com pressão seletiva contra os tecidos da área chapeável<sup>15,16</sup>, foi permitido que os próprios tecidos estabelecessem suas relações de contato com o material de moldagem, determinando os limites corretos da área chapeável<sup>6,14</sup>. Hipoclorito de sódio 1% durante 10 minutos<sup>9</sup> foi utilizado para desinfecção das moldagens.

Confeccionou-se o encaixotamento cera utilidade e cera 7 (Technew®) para preservar a zona de selado periférico, para preparar a moldagem para o vazamento do gesso especial tipo IV (Durone, Dentsply®), possibilitando a obtenção de um modelo, mais detalhado, o qual serviu de referência para a futura prótese<sup>6,16,17</sup>. Após o desencaixotamento, confeccionou-se a placa base e rodete de cera, em cima do modelo de trabalho previamente aliviado nas áreas retentivas com cera 7 (Technow®) e isolado com Cel-Lac (SS White®)<sup>17,18</sup> (Figura 3), para prosseguir com a relação maxilomandibular e montagem de dentes.

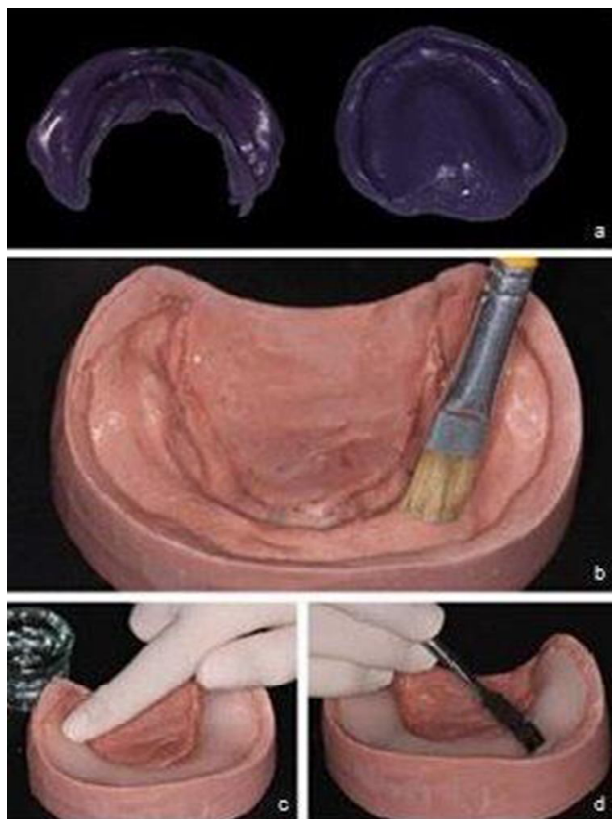


Figura 3. (a) Ilustração da moldagem funcional superior e inferior; (b) Modelo de trabalho isolado com Cel-Lac; (c) ilustração da confecção da placa base inferior e superior; (d) Recorte de aproximadamente 2 a 3mm aquém do fundo de sulco das placas bases superior e inferior.

A relação maxilomandibular iniciou pelo arco inferior, delimitando inicialmente uma linha pósterio-anterior passando pela maior extensão do rebordo e depois uma linha transversa, passando pela maior porção do rebordo anterior, tendo um centímetro de largura vestibulo-lingual delimitando a linha de força dos dentes que serão montados<sup>13</sup>. O rodete inferior se manteve na altura da linha úmida do lábio inferior com a boca entre aberta, e 2 a 3 mm abaixo da papila retromolar na região posterior, respeitando as zonas neutras e o corredor bucal. Com auxílio dos Compensadores de Curva de Spee direcionou a correta posição do rodete e serviu de referência para o novo plano oclusal inferior. Os ajustes no plano de orientação superior obedeceram aos parâmetros estéticos, seguindo a seguinte sequência: altura incisal (ao nível do tubérculo do lábio como o paciente era idoso)<sup>19</sup>, linha do sorriso (acompanhando a curvatura do lábio inferior), suporte labial (reposicionamento correto dos músculos orbiculares) e corredor bucal (seguindo a posição já estabelecida pelo inferior) (Figura 4). As verificações desses limites foram feitos no plano sagital, pelo o paralelismo entre a porção posterior do plano oclusal superior e o plano de Camper, estabelecido em tecido ósseo, pelas linhas que passam bilateralmente pelo porcion e pela espinha nasal anterior, e em tecido mole, pelas linhas que passam bilateralmente pela borda superior do traigus e porção inferior da asa do nariz, com

auxílio do plano, réguas ou esquadro de Fox (Bio-Art®)<sup>10,16</sup>, no plano frontal, o paralelismo entre a porção anterior do plano oclusal superior e a linha bipupilar, também chamada de linha de Fox, com auxílio do plano, réguas ou esquadro de Fox (Bio-Art®)<sup>10,16</sup>.



Figura 4. (a) Rodete em cera inferior e utilização do compensador de curva de Spee; (b) Rodete de cera superior e utilização do compensador de curva de Spee; (c) Prova dos rodetes superior e inferior, vista do sorriso; (d) Vista intra-oral da relação maxilomandibular e as delimitação das linhas de referências: linha média, linha alta do sorriso e linha dos caninos; (e) Vista frontal do desgaste fisiológico de Patterson em movimento de protusão, com os rodetes de cera interposto com vaselina; (f) Desgaste fisiológico de Patterson, realizando movimento de lateralidade.

Ao ajustar a dimensão vertical de oclusão (DVO), foi feito a associação dos métodos fonéticos, estético, métrico, fisiológico e deglutição, respeitando os 3 mm destinados ao espaço livre funcional (ELF), sendo a distância entre as superfícies oclusais dos dentes inferiores e superiores quando a mandíbula está em repouso, consequentemente atingindo a DVO, que consiste na relação vertical da mandíbula com a maxila na qual os dentes se tocam<sup>20</sup>. Para personalizar a curva de compensação obtida pelo próprio paciente, foi solicitado a realização de movimentos fisiológicos com os rodetes de cera em boca e interpostos com vaselina, imprime na superfície oclusal do rolete de cera, uma leve curva no sentido ântero-posterior e vestibulo-lingual. Essa curvatura é chamada de Curva de Compensação Individual e a técnica utilizada é conhecida como Técnica de Desgaste de Patterson (TDP). Assim, o registro iniciou-se pelo arco inferior e foi respeitada a zona neutra com a utilização da TDP, proporcionando a confecção da prótese em boca, e as inclinações dos planos oclusais foram obtidas de forma individualizada, melhorando a estabilidade da PTC e o equilíbrio entre língua, músculos, bochechas

e lábios<sup>21</sup>. Por fim, o registro dos modelos foi feito com pasta zinco enólica (Lysanda®) em Relação Cêntrica (RC)<sup>6,19</sup>.

A linha alta do sorriso, linha média, e a linha dos caninos (seguindo a posição da asa do nariz e comissura labial) foram marcadas no rodete de cera para escolha e montagem dos dentes artificiais<sup>6,10</sup>. A escolha da forma e cor dos dentes foi através da técnica do visagismo<sup>9</sup>. Os dentes artificiais escolhidos (cor A2, dente Trilux®, formato ovoide).

Os registros foram montados em articulador semi-ajustável (Bio Art®). Para o arco facial foi confeccionada uma nova placa base em resina acrílica quimicamente ativada (Jet, Brasil®), que serviu para posicionar o garfo com godiva para registro da arcada superior, onde o paciente estabilizou a mesma utilizando os polegares, as ogivas no conduto, e o arco facial sendo estabilizados<sup>6,18</sup>.

Para a prova estática e funcional, as PTC foram levadas em boca em RC, conforme montagem em articulador semi-ajustável (Bio Art®)<sup>9</sup>. Foi solicitado ao paciente um sorriso amplo, um sorriso discreto, com boca levemente fechada e aberta. Foi solicitado a pronúncia de fonemas bilabiais, como "sessenta e seis" ou "mississippi". Verificou-se altura do terço inferior da face, suporte labial e oclusão balanceada bilateral através de contatos bilaterais e simultâneos em lateralidade e protrusão. Após escolhido e aprovado pelo paciente foi encaminhado ao laboratório para acrilização (Figura 5).



Figura 5. Prova estética e funcional: (a) Vista intra-oral em oclusão; (b) Vista extra-oral com a boca entre aberta, mostrando a exposição dos incisivos centrais superiores e a altura incisal dos inferiores na linha úmida do lábio; (c) Vista extra-oral do sorriso amplo; (d) Vista extra-oral lateral em sorriso amplo.

Ao entregar as próteses para o paciente, foi realizada uma sequência clínica de ajustes e testes de protrusão e lateralidade das PTC preconizada na literatura<sup>9</sup> (Figura 6). O suporte labial, as inserções musculares, freios, bridas e oclusão foram ajustados e confirmados os testes de retenção vertical e horizontal<sup>7,14</sup>. Confirmando com êxito o reestabelecimento funcional e estético após as próteses instaladas (Figura 7).

O paciente recebeu por escrito, informações sobre a correta higienização da prótese, a qual

poderá ser mecânica e química, estabeleceu-se um programa de acompanhamento do paciente com agendamento de consultas em 24 horas, 48 horas e semanais, posteriormente agendando de quinze em quinze dias, uma vez por mês, uma vez a cada seis meses, uma vez por ano<sup>9</sup>.



Figura 6. PTC acrilizada: (a) Vista lateral extra-oral; (b) Vista superior extra-oral; (c) Vista frontal intra-oral em oclusão; (d) Vista intra-oral realizando movimento de lateralidade no lado de balanceio (oclusão bilateral balanceada).



Figura 7. Confirmando com êxito o reestabelecimento funcional e estético após as próteses instaladas: (a) Sorriso inicial; (b) Sorriso final.

## DISCUSSÃO

A prótese total mucossuportada é indicada para casos de RO de pacientes edêntulo sem condições cirúrgicas ou financeiras para uma RO implanto-suportada<sup>1</sup>. O custo-benefício da PTC é menor e os procedimentos para sua realização são menos invasivos e vantajosos quanto comparados à reabilitação implantossuportada<sup>7</sup>. No entanto, a escolha e decisão pelo plano de tratamento a ser executado deve ser uma escolha conjunta entre o profissional e o paciente.

Toda e qualquer RO de pacientes edêntulos é complexa e requer uma adaptação funcional e psicológica prévia, além da necessidade profissional

de acompanhar a tolerância biológica individual para que as medidas de confecção da PTC sejam capazes de proporcionar conforto, suporte e retenção<sup>7,13</sup>.

Uma vez que a perda total dos elementos dentários implica em consequências negativas, como: constrangimento, incompletude, resignação, dificuldade de se alimentar, e também prejuízo ao relacionamento social<sup>13</sup> No entanto a efetividade da reabilitação protética necessita ser avaliada quanto à sua eficácia no dia-a-dia dos usuários por influenciar a percepção de qualidade de vida destes .

O uso da PTI, antecedendo a PTC, minimiza a processo de reabsorção óssea, devolvendo função, fonética e estética. O processo de reabsorção do rebordo residual foi o fisiológico, na maxila geralmente reabsorve de 2 a 4mm de osso no primeiro ano, e após extrações 0,1mm por ano subsequente, e na mandíbula a perda inicial é de 4 a 6mm e anual de 0,4mm. Outros fatores que causam interferência no processo de reabsorção e remodelação são osteoporose e diabetes não controlada, porém esses fatores não foram diagnosticados no paciente relatado.<sup>7,9,12</sup>.

Desta forma, o correto diagnóstico e planejamento reabilitador prévio a instalação de PTC proporcionou ao paciente, vantagens anatômicas, impedindo a perda de DVO e reduzindo as alterações na articulação temporomandibular (ATM). Com essa modalidade de tratamento, objetivamos vantagens funcionais, como melhor funcionalidade dos músculos e fonética, além das vantagens estéticas e psicológicas, as quais permitem que o paciente mantivesse um equilíbrio emocional, relacionado socialmente sem sentirem-se humilhados pela falta de dentes logo após as extrações que haviam sido realizadas 6 meses antes do início da reabilitação definitiva.

Considerando as diferentes possibilidades de tratamento reabilitador para pacientes edêntulos, as próteses totais mucossuportadas são ainda as mais utilizadas e aceita pelos pacientes<sup>16</sup>. No entanto, a retenção e estabilidade dessas próteses estão diretamente influenciadas pela anatomia da mucosa e do rebordo alveolar, problemas de coordenação neuromuscular e motora ou intolerância ao uso de próteses pelos paciente<sup>17</sup>, as quais devem ser claramente diagnosticadas e discutidas com o paciente para alcançar as expectativas funcionais e estéticas.

## CONCLUSÃO

A reabilitação com PTC é uma excelente escolha para pacientes edêntulos, principalmente após um período de adaptação através de PTI. Essa modalidade de tratamento proporcionou uma reabsorção lenta, ordenada e auxiliou o paciente a aceitar uma nova condição bucal.

## ABSTRACT

The Oral Rehabilitation (OR) of edentulous patients through Conventional Denture Prosthesis (CDP) after the use of Immediate denture Prosthesis (IDP) results in a physiological, functional and psychological improvement. Thus, this clinical case report aims to describe the step-by-step of rehabilitation planning of a 77-year-old male patient who was rehabilitated through maxillary and mandibular CDP after 6 months of use of the provisional CDP in the remodeling and bone resorption period. This model of rehabilitation planning allowed a functional and psychological adaptation of the patient prior to definitive reestablishment with CDP, reestablishing function, phonetics and aesthetics.

**UNITERMS:** Complete Denture; Immediate Denture Prosthesis; Bone Remodeling.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa Db, et al. Instalação de prótese total: uma revisão. Rev Odontol UNESP 2006; 35(1): 53-60.
2. Devan Mm. The Transition From Natural To Artificial Teeth. J Prosthet Dent 1961; 11(4): 677-688.
3. Bastos Els, Accetturi F, Camargo Dc. Reabilitação oral com prótese total imediata dupla: relato de caso clínico. Rev Paulista Odontol 2010; 31(2): 29-32.
4. Rapoport A, Barbieri Ch. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço 2009; 38(2): 84-87.
5. Haddad Mf, Da Silva Jd, Santos Jca. Reabilitação com prótese total imediata: relato de caso. Rev Bras Ciências Saúde 2015; 36(2): 24-28.
6. Caputi S, Murmura G, Ricci L, Varvara G, Sinjari B. Immediate denture fabrication: a clinical report. Ann Stomatol (Roma) 2014; 4(3-4): 273-7.
7. Mezzomo E, Suzuki Rm. Reabilitação Oral Contemporânea. 1.ed. São Paulo: Ed. Santos; 2012.
8. Ducan Jp; Taylor Td. Dent Clin North. Simplified complete dentures. Revista Ibero Americana de Prótese Clínica e Laboratorial 2012; 00(11): 111-222.
9. Telles D. Prótese total - convencional. 1.ed. São Paulo: Ed. Santos; 2011.
10. Felício Cm, Cunha Cc. Relações entre condições miofuncionais orais e adaptação de próteses totais. PCL 2005; 7(36): 195-202.
11. Larsen HD, Finger IM. Interim complete dentures: selectively retained vital roots. A case report. Quintessence Int 1978; 9(1): 29-33.

12. Barbosa CMR, Garcia RCMR, Oliveria AF. Importância da retenção e estabilidade em próteses totais bimaxilares: relato de caso clínico. RGO 2006; 54(4): 374-378.
13. Turano JC, Turano LM. Fundamentos da prótese total. 4.ed. São Paulo: Ed. Quintessence, 2000.
14. Okeson Jp. Tratamentos das desordens temporomandibulares e oclusão. 4.ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2000.
15. Prakash V. Prosthetic rehabilitation of edentulous mandibulectomy patient: a clinical report. Indian J Dent Res 2008; 19(3): 257-260.
16. De Souza Bve, De Faria Ada, Ferreira Sjj, Gonçalves Vac, Pizza Pe, Ramos Vf. Root-supported overdentures associated with temporary immediate prostheses-a case-report. Oral Health Dent Manag 2014; 13(2). 159-63.
17. Müller F. Interventions for edentate elders – what is the evidence? Gerodontology 2014; 31(1): 44-51.
18. Corrêa Ga. Prótese total – passo a passo. 1.ed. São Paulo: Ed Santos, 2005
19. Cunha Vpp, Marchini L. Prótese total contemporânea na reabilitação Bucal. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos; 2014.
20. Damaceno Ard, Nóbilo Maa, Tróia-Junior Mg, Lima L, Jóia Fa, Mercateli, Al. Associação de técnicas da zona neutra e desgaste de Paterson na confecção de prótese total: relato de caso clínico. Rev Assoc Paul Cir Dent 2008; 62(1): 15-19.
21. Turner Ka, Missirlan Dm. Restoration of the extremely worn dentition. J Prosthet Dent 1984; 52(4): 467-474.

## **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

*PROF. DRA. FERNANDA VALENTINI MIOSO*  
Centro Universitário da Serra Gaúcha  
Departamento de Prótese.  
Rua Os Dezoito do Forte, 2366, CEP 95020-  
472193  
Caxias do Sul – RS  
E-mail: [fernanda.valentini@fsg.br](mailto:fernanda.valentini@fsg.br)

